41e Année. — N° 38 Vendredi 21 Septembre 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Revue critique : Hydrocystome, 593. — **Académie de médecine** : *séance du 18 septembre* 1894. — Présidence de M. Alph. Guérin. — Usage des éponges en chirurgie, 594. — De la maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire et de la médecine légale, 594. — Usage de la bicyclette, 594. — **VIIIe Congrès international d'ophthalmologie**, réuni à Edimbourg du 7 au 11 août (fin). — *Séance du vendredi 10 août.* — Evolution et heureux résultats de la maturation de la cataracte sénile par l'iridectomie préliminaire et le massage, 594. — Cas de lymphome des quatre paupières guéri par l'arsenic à l'intérieur, 596. — Ophtalmie sympathique après un sarcome de la choroïde, 596. — Guérison radicale des rétrécissements du canal nasal, 596. — Traitement de l'hydrophthalmie congénitale, 597. — Traitement des granulations conjonctivales par l'électrolyse, 597. — Etude des anomalies de l'équilibre oculaire, 598. — Relations entre l'accommodation et la convergence, 598. — Paralysie associée de l'élévation et de l'abaissement, 598. — Guérison opératoire de l'ophthalmoplégie tabétique persistante, 598. — **Association française pour l'avancement des sciences** (22e session tenue à Caen du 9 au 15 août) (suite). — Le danger des exercices sportifs dans la convalescence des maladies infectieuses, 599. — De l'influence des courses prolongées sur l'organisme, 599. — Les déchets organiques dans les exercices sportifs, 599. — L'entérite pseudo-membraneuse, sa forme cachectique, 599. — De l'atrophie prostatique et de la castration dans l'hypertrophie prostatique, 599. — Le sporiasis et son traitement par la médication de Brown-Séquard, 599. — Sur la présence d'alcaloïdes phlogogènes dans l'urine pendant une poussée de dermatite herpétiforme, 600. — Pathogénie et traitement de la diphtérie, 600. — Névrite périphérique chez un échassier, 600. — De l'ozone, 600. — Traitement de l'insomnie, 600. — De l'orchite pneumonique, 601. — Sur un moyen pratique d'exagérer le tremblement, 601. — Traitement chirurgical de la coxalgie, 601. — Sur les grossesses prolongées, 602. — Des capillaires sanguins et lymphatiques, 602. — Sur le béribéri, 603. — Thérapeutique par les ferments figurés, 603. — Recherches sur la pigmentation du sang et la pigmentation des exsudats, 603. — Physiologie pathologique de la cicatrisation des brûlures, 603. — **Congrès international d'hygiène et de démographie**, 8e Congrès tenu à Budapest du 1er au 9 septembre 1094. — Prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés, 604. — Immunité et réceptivité vis-à-vis du choléra intestinal, 604. — De l'étiologie du cancer, 606. — **Intérêts professionnels**, 607. — **Nouvelles**, 608.

REVUE CRITIQUE

Hydrocystome.

L'hydrocystome, qui a des liens étroits avec l'appareil des glandes sudoripares, se rencontre particulièrement sur le visage des femmes d'un âge moyen et même d'un âge avancé, qui transpirent abondamment aux États-Unis, et qui l'exposent à la vapeur chaude, surtout chez les blanchisseuses; il a été observé encore chez les cuisinières et chez des gens ne faisant ni l'un ni l'autre de ces métiers.

Cette affection n'est pas très rare à New-York; M. Robinson (1) en a vu de 30 à 40 cas depuis 1884.

(1) *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, août 1893.

Elle s'observe surtout en été; en hiver elle disparaît presque entièrement. Dans un cas de Hallopeau, dans lequel la maladie était limitée au nez, l'éruption était plus confluente aux périodes menstruelles et semblait être également influencée par les émotions et par la saison chaude.

L'éruption se montre à la partie inférieure du front, sur la région péri-orbitaire, le nez, les joues, autour des lèvres; elle n'a jamais été rencontrée sur la région du maxillaire inférieur, ni sur le cou, ni sur le reste du corps.

Dans un cas de Jamieson l'éruption était limitée à la partie droite de la face, qui était le siège d'une transpiration abondante.

Les lésions sont tantôt discrètes, tantôt rapprochées les unes des autres, mais en général on ne les trouve pas groupées ensembles, lorsqu'elles sont en petit nombre.

Les éléments consistent en vésicules tendues, claires, luisantes, de forme obtuse, ronde ou ovoïde, ayant un volume variant depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. Elles sont d'abord situées profondément c'est-à-dire que leur base s'implante dans le derme; mais à cause de leurs dimensions, elles sont plus ou moins élevées au-dessus de la surface des téguments. Les plus petites ressemblent à des grains de sagou cuits, les plus larges ont une teinte bleu foncé, marquée surtout à la périphérie.

L'auteur n'est pas arrivé à reconnaître la présence de l'orifice d'un conduit sudorifère au centre d'une vésicule.

La peau ne présente nulle part trace d'inflammation. Pas de symptôme subjectif, sinon une légère sensation de tension. Le contenu des vésicules est limpide et ne devient jamais d'une couleur jaunâtre, mais il se dessèche et la lésion disparaît sans rupture, au bout d'une, deux ou plusieurs semaines, laissant une très légère pigmentation qui s'efface, à moins qu'il n'y ait eu traumatisme. Quelquefois le contenu devient blanchâtre comme dans le milium; il est toujours acide.

Histologie. — La couche cornée et le corps muqueux ont un aspect normal; la couche papillaire est également normale au début, mais lorsque les vésicules s'accroissent pour se rapprocher de cette couche, on observe un certain nombre de leucocytes autour des vaisseaux; même altération dans la partie supérieure du chorion.

Dans la partie inférieure du derme et dans le tissu sous-cutané on trouve les lésions suivantes : la partie

sécrétante de quelques-unes des glandes sudoripares présente une dilatation de son conduit par accumulation de liquide, en même temps qu'il y a de nombreuses granulations moléculaires à l'intérieur. Dans les régions où il y a des vésicules, on voit très bien la connexion de celles-ci avec les tubes sudoripares, ceux-ci tantôt pénétrant dans la base des vésicules, tantôt émergeant de la partie supérieure de ces mêmes vésicules.

Toute la paroi de chaque vésicule est tapissée d'une couche épithéliale.

On voit donc que les vésicules sont formées par la dilatation du conduit excréteur des glandes sudoripares en un point de leur trajet dans le chorion, notamment à sa partie inférieure.

Quant à la cause de cette dilatation, c'est un point encore bien difficile à résoudre; peut-être l'obstacle à la sortie du liquide sudoral siège-t-il dans le tube excréteur ou dans le tissu conjonctif qui l'entoure.

Diagnostic. — Cette éruption a quelque ressemblance avec les sudamina, la dysidrose, l'eczéma et les adénomes des glandes sudoripares. Les sudamina sont produits par la rétention de la sueur dans la couche cornée de l'épiderme, les cellules qui forment la paroi du conduit sudorifère se séparant et permettant à la sueur de s'infiltrer dans cette couche cornée et de se collecter. Les sudamina se voient rarement à la face, ils sont situés plus superficiellement et ont un revêtement plus mince. La nature du contenu est semblable dans les sudamina et l'hydrocystome, dans les deux lésions il y a rétention de la sueur; aussi l'auteur avait-il fait d'abord de l'hydrocystome une forme de sudamina. Mais maintenant il le range dans une classe à part, s'appuyant sur le fait qu'il y a, dans cette affection, prolifération rapide de cellules épithéliales, en nombre suffisant pour bien limiter la paroi du kyste.

L'hydrocystome se différenciera de l'eczéma par la réaction acide du contenu des vésicules du premier, l'absence d'inflammation et de formation de croûtes. La nature de son contenu et les symptômes concomitants le distingueront de l'adénome sudoripare.

Jackson, Jamieson, Rosenthal et Hallopeau ont décrit l'hydrocystome sous le nom de dysidrose. Cette dernière peut être définie une lésion inflammatoire aiguë, caractérisée par le développement symétrique, sur les régions palmaires et aussi sur les régions plantaires, de vésicules claires, groupées entre elles, situées profondément, qui deviennent plus tard opaques et disparaissent en quelques jours par rupture ou résorption. Pour l'auteur, la dysidrose doit être distinguée de l'hydrocystome, ainsi qu'il le montrera dans un prochain travail.

Dr Barbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1894. — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. le Président déclare des vacances : 1° dans la section d'*hygiène publique et de médecine légale*, en remplacement de M. Ollivier; 2° dans la section de *médecine opératoire* en remplacement de M. Cusco.

Usage des éponges en chirurgie. — M. Guermonprez (Lille). 1° Les éponges réellement aseptiques peuvent être employées sans danger en chirurgie;

2° Le tissu de l'éponge peut être absorbé par l'organisme; il commence par devenir adhérent; il perd ensuite son élasticité; il disparaît enfin sans laisser aucune trace;

3° Dans le traitement des ulcères de jambe du type ordinaire, l'éponge est utile, si on a soin que l'ulcère soit préalablement désinfecté. L'éponge doit être choisie à mailles très larges; elle doit être morcelée en très petits fragments, très minces, presque feuilletés. Si le pansement est renouvelé à de rares intervalles (huit à quinze jours), l'éponge est d'abord adhérente, puis absorbée; les bourgeons acquièrent tous les caractères de ceux d'une plaie régulière; la cicatrisation suit une marche rapide et se termine en quelques semaines;

4° Dans les plaies cavitaires qui succèdent à l'élimination de longs séquestres du tibia, le tissu de l'éponge adhère, puis se résorbe de la même façon; il fait office de tuteur pour les bourgeons charnus qui s'organisent ensuite et comblent la cavité : les plaies se réparent sans laisser subsister de trajet fistuleux définitif, si la désinfection du foyer est sévèrement maintenue pendant toute la durée du traitement;

5° Il ne paraît pas en être de même dans les plaies cavitaires qui succèdent à la pleurésie purulente;

6° Sur les néoplasmes ulcérés, l'éponge est bien tolérée pour supporter la compression hémostatique; mais elle n'y adhère pas et ne s'y résorbe pas;

7° Dans les brûlures de vaste étendue, les applications discrètes de minces couches d'éponge paraissent favoriser le processus de cicatrisation.

De la maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire et de la médecine légale. — M. le Roy de Méricourt, à propos d'un travail sur ce sujet de M. le Dr S. A. Van der Stok, médecin de l'armée néerlandaise, lit un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

La maladie de Thomsen doit être considérée comme une affection congénitale des muscles qui possèdent une contractilité excessive sous l'influence d'excitations mécaniques, psychiques et atmosphériques.

La maladie de Thomsen, dûment constatée, rend inapte au service militaire. Les militaires qui en sont affectés doivent être mis en reforme. Les engagés volontaires ne doivent pas être admis.

Au point de vue médico-légal, il faut tenir compte des rapports qui peuvent exister entre les crimes ou délits et l'état psychique d'une personne accusée ou coupable.

Usage de la bicyclette. — M. Marey. La discussion de l'Académie sur le vélocipède me paraît fort importante parce qu'il est intéressant de savoir si cet instrument est dangereux ou innocent.

Me plaçant uniquement au point de vue physiologique, je remarque d'abord que pour parcourir un espace donné, il exige moins de travail que la marche. Le gros travail effectué par le marcheur est — tout le monde le sait — la nécessité, à chaque pas, de soulever le poids de son corps. Rien de semblable avec la vélocipédie.

D'ailleurs, pour le vélocipède comme pour la marche, mêmes muscles ne sont pas utilisés pour tous ces mouments. Ce ne sont pas les mêmes muscles qui agissent ur la marche et la course, pour la promenade en vélo-ède sur un terrain plan ou pour l'ascension d'une côte. y a donc exercice musculaire généralisé de ce fait. Mais ns tous les cas, la totalité des muscles du corps entrent fonction. Je connais des jeunes filles qui, après chaque urse, se plaignent d'être fatiguées dans les muscles du as et des épaules.

L'exercice du vélocipède est agréable; il engage les nes gens à aller au loin en bande, et s'y livrer à tous tres jeux que le vélocipède. Rien de semblable, je n'ai s besoin de le dire, avec les haltères, les barres fixes, etc. Parmi les inconvénients, notons que cet exercice, si s'y livre par trop exclusivement, peut faire négliger les tres exercices, et en particulier la marche et la course, peut-être les bicyclistes endurcis s'exposent-ils avec le mps à devenir de mauvais marcheurs; mais cela ne peut produire qu'en cas d'exagération, il n'y a qu'à modérer rdeur des bicyclistes de profession.

On pourrait, d'ailleurs, modifier la construction du bi-cle et le mettre plus en rapport avec les nécessités de ygiène. Par exemple reporter le siège en avant de façon rendre plus difficile la position courbée que prennent rtains vélocipédistes, cela permettrait d'ailleurs d'utiliser une façon plus réelle le poids du corps pour faire aller pédale, et cela rapprocherait de la marche ordinaire. Je nnais en outre des vélocipèdes nouveaux où l'on utilise force des bras et des jambes; peut-être est-ce là une novation heureuse.

M. Weber. En ce qui concerne le défaut d'habitude de la arche ordinaire, qui est la conséquence des excès de vé-cipède, je rappellerai que nous, vétérinaires, nous éle-ns des chevaux spécialement pour la course ou pour le ot. Un cheval habitué à la course est un mauvais trotteur, réciproquement.

Les muscles qui fonctionnent chez les vélocipédistes étant pas les mêmes qui fonctionnent dans la marche, le élocipédiste de profession perdra l'aptitude à marcher nvenablement.

M. Verneuil. Je suis de l'avis de M. Marey; l'attitude urbée d'un vélocipédiste est antiphysiologique; quant à re que cette habitude peut se corriger par le vélocipé-ste lui-même, je réponds c'est possible; mais, dans la atique, sur 100 vélocipédistes, 95 se tiennent mal.

Dans tous les exercices physiques, il est utile de faire uer le plus grand nombre de muscles possible, c'est our cela que la marche, la natation sont utiles. Les choses passent autrement avec le vélocipède. Je serais curieux voir lutter un marcheur et un vélocipédiste. Je suis ien sûr que, toutes choses égales, le vélocipédiste serait attu.

M. Hallopeau. Je crois que la fatigue du bicycliste es ioindre que celle du marcheur pour un même trajet.

Les muscles les plus variés sont mis en jeu par le bi-yliste parce que ce ne sont pas les mêmes muscles qui gissent dans toutes les attitudes du bicycliste.

Pour ce qui est de l'attitude, il ne faut pas exagérer, la exion ne peut qu'être favorable.

L'étude de cette question est renvoyée à une commission omposée de MM. Marey, Gariel et Hallopeau.

VIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894 (fin).

Séance du vendredi 10 août (1)

M. Dorthen (Drontheim) montre des dessins de lèpres oculaires.

M. Risley (Pensylvanie) montre un appareil pour la skiascopie.

M. Rayres (Ohio) présente une pince pour granulations et chalazion.

Évolution et heureux résultats de la maturation de la cataracte sénile par l'iridectomie préliminaire et le massage. — M. Mac Hardy a opéré trois séries de cas : 1° 25 cas pris au hasard; 2° 100 cas choisis depuis le mois de mai 1890; 3° 49 cas plus récents, choisis jusqu'au mois d'août 1894. Dans tous ces cas, l'extraction a été pratiquée immédiatement dans 4 0/0 de la première série, dans 22 0/0 de la seconde, dans 2 0/0 de la troisième. La maturation par la simple trituration a été incomplète dans 28 0/0 des cas de la première série, dans 0 0/0 de la seconde, dans 4 0/0 de la troisième. Il y a eu de l'iritis consécutive dans 12 0/0 de la première série, dans 17 0/0 de la seconde, dans 2 0/0 de la troisième. On a observé une perte légère du corps vitré 28 fois dans la première série, aucune fois dans la seconde et 4 fois sur 100 dans la troisième. Les tentatives pour ramener la vision par la suite ont été nulles dans 3 cas sur 100 de la seconde série, et jamais dans la première et la troisième. Dans 3 cas 0/0 de la première série, dans 10 0/0 de la seconde, il y a eu une cicatrice cystoïde; 21 fois sur 100 dans la première série, 35 fois sur 100 dans la seconde, on a dû faire une capsulotomie secondaire.

Depuis des années, le professeur Mac Hardy a abandonné l'usage du kystitome et ouvre la capsule par une incision verticale avec la pointe du couteau de de Græfe, entre la jonction et la contre-jonction.

M. Noyes. Je ne veux pas critiquer les statistiques ou les résultats du professeur Mac Hardy. Je crois qu'on peut faire la maturation des cataractes dans les cas de cataracte molle avec larges stries, où l'on peut craindre de laisser une grande quantité de masses molles entraînant de l'iritis et une cataracte secondaire; mais cette maturation peut parfaitement se faire sans iridectomie, comme l'a montré le Dr Risley, de New-York. D'autre part, depuis quelques années, les chirurgiens ont de la tendance à opérer la cataracte même lorsqu'il reste des masses transparentes et un certain degré de vision suffisant, par exemple, pour compter les doigts de 1 à 5 pieds, et dans certains cas où l'on peut voir le fond de l'œil à l'ophtalmoscope. Depuis cinq ans, je ne me hasarde qu'avec les plus grandes précautions à opérer les cataractes dans lesquelles il reste une certaine quantité de masses transparentes. J'ai trouvé que dans les cas où l'on distinguait nettement la sclérose du noyau, les masses corticales étaient aussi parfaitement évacuées que lorsque le cristallin tout entier était opaque. L'incision comprend à peu près la moitié de la cornée, il n'y a pas d'iridectomie, et s'il reste quelques masses corti-

(1) V. *France médicale*, nos 33, 34, 35 et 36, 1894.

cales, des irrigations avec la solution salée chaude à 0, 6 0/0, donnent une pupille très claire. Le courant est dirigé contre la plaie avec une poire en caoutchouc dont on n'introduit pas la pointe dans la plaie.

M. Hill-Griffith a employé ce procédé avec avantage dans les cas où la cataracte avait une marche très lente. Il rapporte un cas dans lequel un œil fut opéré de la sorte avec succès, tandis que cinq ans après la cataracte de l'autre œil n'était pas encore complètement mûre. Il a eu plusieurs autres cas du même genre et c'est dans ces conditions seules qu'il fait cette opération.

Cas de lymphome des quatre paupières guéri par l'arsenic à l'intérieur. — M. Adolphe Bronner (de Bradford). Le malade était un homme de 52 ans bien portant qui fut vu pour la première fois en 1885. Il y avait alors une tuméfaction élastique allongée de la paupière inférieure gauche ; la peau était normale et sans aucune adhérence. La tumeur fut enlevée, il n'y eut pas de récidive pendant trois ans, puis les quatre paupières se tuméfièrent et il y eut également une tumeur sur la moitié droite de la voûte palatine et dans la glande sous-maxillaire du côté droit. La tumeur de la paupière inférieure gauche fut de nouveau enlevée. On ordonna l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Toutes les tumeurs cependant augmentèrent de volume et il y avait de temps à autre de la diplopie.

En 1890 et 1891 le Dr Teal enleva les tumeurs des deux paupières inférieures. En 1891 on donna 15 gouttes de liqueur arsenicale et 5 gouttes de teinture d'opium. Au bout de trois semaines toutes les tumeurs diminuèrent de volume. Aussitôt que l'arsenic fut discontinué, les tumeurs recommencèrent à augmenter de volume et elles disparurent de nouveau quand on reprit l'arsenic.

L'orateur montre des photographies du malade et des préparations microscopiques ; il s'agissait d'un véritable lymphome.

Ophtalmie sympathique après un sarcome de la choroïde. — M. Nieden. Une jeune fille de 21 ans fut opérée d'énucléation pour une iritis plastique consécutive à un décollement de la rétine, ayant amené des phénomènes sympathiques. L'œil énucléé contenait un sarcome sans pigment.

M. Deutschmann. Dans cette pièce que j'ai examinée, j'ai vu, à côté du sarcome, des microorganismes qui avaient fusé jusque dans le tronc du nerf optique.

L'existence sur les deux yeux d'une iritis, parle en faveur d'une diffusion des produits de l'infection qui dans l'espèce était de nature endogène.

Guérison radicale des rétrécissements du canal nasal. — M Theobald (Baltimore). Bien que depuis dix-sept ans j'aie essayé de convaincre les ophtalmologistes que l'on se sert, dans les cas de catarrhe ou de rétrécissements des voies lacrymales, de sondes trop petites, peu d'opérateurs se servent de grosses sondes. Je base l'usage de celle-ci sur des considérations anatomiques. J'ai trouvé sur des crânes que le diamètre du canal variait de 3 à 7 millimètres, dans 6 cas seulement je n'ai pu passer que des sondes de 3 millimètres de diamètre. Le diamètre moyen est supérieur à 4, 5 millimètres. Sur le cadavre, le diamètre moyen est très peu plus petit ; on peut employer les grosses sondes avec plus de facilité et moins de danger que les petites. Le seul danger, c'est au début du traitement, lorsqu'on est obligé de commencer par de petites sondes et qu'on fait souvent des fausses routes. On peut se servir d'une force considérable pour introduire les grosses sondes. On provoque plus d douleur, mais après ce mode de traitement, le condu reste souvent béant d'une manière permanente et guérit il est quelquefois si béant que, lorsque le malade se mouche l'air lui sort par l'œil. Les sondes doivent être bien faite et de préférence en nickel.

M. Gruening. Je puis corroborer tout ce qui a été dit p le Dr Théobald relativement au traitement des rétrécisse ments des voies lacrymales par des grosses sondes. Pe après la publication du travail du Dr Théobald, il y a di sept ans, j'ai adopté son mode de traitement et je puis vo assurer que les résultats obtenus par l'usage de ses sond est tellement satisfaisant que je voudrais voir leur empl devenir général.

M. Roosa. La critique que je voudrais faire de cette m thode de traitement c'est que l'auteur affirme que traitement de Bowman est décidément reconnu ma vais ; ils est manifestement injuste de prendre simpl ment sa propre statistique et de négliger celles des autre Je suis pour ma part très satisfait des résultats que j'ai o tenus avec la méthode de Bowman, avec la réserve qu'u homme intelligent est obligé de faire. Comme méthode e clusive je n'adopterais pas celle de M. Théobald. Un ce tain nombre de cas sont de simples catarrhes et non d rétrécissements et dans ces cas un traitement simple suf souvent.

M. Swanzy. M. Théobald n'a consigné ses remarques q sur le diamètre des sondes qu'il recommande, il n'a ri dit de leur courbure. Je voudrais lui demander pourqu il leur donne une si grande incurvation qui ne me para pas correspondre à celle du canal nasal.

M. Thompson (Indianopolis). Je voudrais demander Dr Théobald s'il ne lui arrive pas fréquemment de re contrer des malades qu'il a soignés pendant des mois des années avec ces très grosses sondes et chez lesqu les phénomènes se reproduisent quelques mois après cessation du traitement. J'ai soigné un certain nombre ces cas pendant ces vingt-trois dernières années par tout sortes de méthodes j'ai commencé avec les grosses sond il y a quatorze ans après les avoir vues employer à Moo fields. Je les ai employées de toutes les manières, fréque ment, puis moins souvent, dans quelques cas assez gross pour un cheval, et en dépit de ce traitement, je voyais m malades me retourner après moins d'un an, quelquefo même plus tôt avec les conduits aussi rétrécis et les sym tômes aussi prononcés que lorsque je les avais vus po la première fois. Si nous pouvions traiter ces malades pe dant toute leur vie, nous pourrions tenir leur conduit dil té mais cela est en dehors de la question. Le conseil Solon à Crésus est très applicable à la plupart de ces ca « Ne déclare jamais un homme heureux jusqu'à ce qu soit mort ». Ne considérez jamais un cas comme gué lorsque vous vous êtes servi des plus grosses sondes lorsque le canal est très largement dilaté, mais attendez résultat après quelques années et jusqu'à ce que le mala soit mort.

M. Risley (Philadelphie) n'admet pas que le traitement rétrécissement des voies lacrymales soit reconnu mauva lorsqu'il est poursuivi par des méthodes conservatrices. l traitement par les grosses sondes est contraire aux do nées physiologiques. Une ouverture faite dans le canal cule lacrymalale suffisamment large pour laisser pass

. plus grosses sondes qui nous ont été montrées par le Théobald détruit sûrement les relations physiologi- es des parties. Le canalicule lacrymale dans son état rmal est un tube capillaire et non pas un tuyau de drai- ge.

M. Chibret. Le sondage des voies lacrymales ne peut uérir tous les larmoiements. En 1888, à Heidelberg, M. de ecker a proposé l'ablation de la glande lacrymale palpé- rale par la voie conjonctivale. Cette opération, relative- ent simple quand elle est bien pratiquée, donne des ré- ltats remarquables : elle m'a donné en moyenne une ré- uction du larmoiement égale aux trois quarts; le résultat t assez bon pour satisfaire malades et médecins. Le Dr erson a résumé, dans une thèse de Paris, tout ce qui con- rne l'opération de l'ablation de la glande lacrymale pal- brale.

M. Priestley Smith, au lieu de passer fréquemment des ndes, recommande de laisser pendant de longues pé- odes des sondes de plomb ou d'argent dont l'extrémité périeure recourbée est placée dans le canalicule lacry- ale en même temps qu'il vide systématiquement par ression et qu'il traite la muqueuse du canal nasal.

M. Lee. Le traitement de ces cas adopté à la Liverpool Eye nd car Infirmary consiste depuis quelque temps à faire es irrigations prolongées des conduits lacrymaux avec un quide antiseptique, comme la solution de Panas, ou une olution de trichlorure de phénol à 1/2 p. 100. Ce traitement éduit la durée de la maladie et est spécialement indiqué ans les cas de blennorrhée du sac lacrymal et du canal na- al.

M le Président déclare que son attention a été attirée sur e traitement dont il peut attester lui-même la correction t que l'emploi de très grosses sondes, aussi grosses que elles qui ont été montrées par M. Théobald, a été préco- isé il y a dix-huit ans, par M. Cowper, de Londres.

M. Théobald. En réponse au Dr Roosa, je dirai que les auvres résultats obtenus par les petites sondes dont j'ai arlé ne sont pas seulement ceux que j'ai obtenus comme le suppose, mais les résultats publiés par les autres, et ue j'ai trouvés dans la littérature ophtalmologique.

Au Dr Swanzy qui me demande quelle courbure je donne mes sondes, je répondrai que la courbure des sondes ue j'ai montrées est celle que j'ai trouvée la plus satisfai- ante.

Le Dr Thompson me demande s'il n'y a pas de rechute près le traitement radical que je préconise. Assurément y en a, mais comme je l'établis dans ma communication, es récidives sont extrêmement rares.

Le Dr Risley dit que l'usage des grosses sondes détruit action physiologique du canalicule lacrymal. Si l'action hysiologique du canal est d'entraîner les larmes, l'expé- ience montre que non seulement cette action n'est pas étruite, mais encore qu'elle n'est nullement troublée. Il st vrai, comme il le dit, que les canalicules sont rendus lus larges que dans l'état normal, mais, comme je l'ai établi ans mon travail, cela n'altère en rien leur fonctionnement.

Traitement de l'hydropthalmie congénitale. — M. Stolting d'Hanovre). Je recommande les sclérotomies répétées faites ous le chloroforme, de manière à empêcher tout mouve- ent du malade. Je fais un pansement occlusif, le premier endant trois jours, le second pendant deux jours seule- ent; à chaque pansement j'emploie le chloroforme. Au cinquième jour on commence à employer les myotiques et les compresses chaudes.

M. Gutmann. L'iridectomie n'offre pas plus de dangers que la sclérotomie pourvu qu'on se serve d'un couteau triangulaire et que l'on pénètre par la cornée et non par la sclérotique.

M. Pfluger. Tous les procédés peuvent donner de bons résultats, le succès dépend d'eux-mêmes et de l'âge du malade.

M. Thier. On peut, dans la plupart des cas, avoir de meilleurs résultats par la sclérotomie que par l'iridectomie.

M. Dufour. Comme j'ai eu l'occasion d'observer divers accidents provoqués par les iridectomies que j'ai faites depuis vingt ans, je fais mon possible pour éviter les opérations importantes, quoique le succès immédiat soit indiscutable, et, après les cinq derniers cas que j'ai observés, j'ai trouvé que les instillations de pilocarpine et d'ésérine étaient dans la plupart des cas suffisantes pour maintenir assez basse la pression intra-oculaire, ce qui permet à la vision de rester stationnaire.

Si vous pouvez diminuer même pour peu de temps la tension intra-oculaire, vous améliorez l'hydrophthalmie et si vous pouvez répéter la même chose pendant plusieurs mois et même deux ou trois ans, vous avez des chances pour maintenir l'hydrophthalmie stationnaire jusqu'à l'âge de 4 ans et après cet âge l'amélioration se produit généralement d'elle-même. D'ailleurs si les myotiques sont insuffisants pour diminuer la tension oculaire, nous sommes obligés d'en venir à une opération.

M. Stölting. On tend de plus en plus à abandonner l'iridectomie dans le traitement de l'hydrophthalmie ; la sclérotomie au contraire a donné des succès même en des cas très défavorables. J'ai observé un malade qui avait perdu un œil à la suite d'une iridectomie et dont l'autre œil fut amélioré et même presque guéri par la sclérotomie.

Traitement des granulations conjonctivales par l'électrolyse. — M. Malgat (de Nice) pense que la conjonctivite granuleuse est le triste apanage des pauvres, des scrofuleux et des lymphatiques, du moins dans nos pays. Ce qui semble le prouver c'est que, à Nice, les granulations palpébrales comptaient pour 10 0/0 des maladies oculaires il y a dix ans, et qu'elles ne comptent plus que pour 6,59 0/0, depuis quatre ans, époque où l'assainissement de Nice a placé cette ville au premier rang des villes de l'Europe les plus saines. D'autre part, il a vu des granuleux guérir par le simple changement d'habitation, de nourriture, d'hygiène privée et d'hygiène générale. Il conclut de là que le traitement médical s'adressant à la constitution du sujet s'impose au même titre que le traitement chirurgical, et que les ophtalmologistes qui veulent appliquer seulement le traitement chirurgical à la guérison du trachome ne sont pas dans la vérité.

Le granuleux guéri n'est pas vacciné contre la conjonctivite granuleuse, et la récidive guette toujours le sujet qui n'a pas modifié sa manière de vivre et son hygiène particulière et générale. Aussi faut-il faire l'éducation hygiénique des granuleux guéris, conseiller les soins de toilette, leur inspirer la crainte d'une contagion nouvelle, leur faire quitter, si faire se peut, leur logement, qui est un foyer d'infection, pour un autre plus aéré, plus ensoleillé.

Là finit le rôle du médecin ; celui des pouvoirs publics

commence. C'est en effet aux pouvoirs publics qu'incombe le devoir d'assainir les cités.

Le Dr Malgat préconise un traitement électrolytique comme traitement chirurgical. L'appareil dont il se sert est une simple pile de Gaiffe à 7 couples munie d'un collecteur rectiligne. Le fil conducteur *porte-aiguille* est fixé au pôle négatif. Ce traitement, qui lui a donné de très beaux succès même dans les cas d'altérations cornéennes, même chez les enfants, consiste à détruire chimiquement chaque granulation conjonctivale en appliquant successivement sur chacune d'elles la pointe de son aiguille. Il fait plusieurs séances, séparées par un intervalle de deux ou trois jours. Au bout de quelques semaines, la conjonctive redevient lisse, souple, de couleur normale et ne présente jamais de cicatrice. Pour atteindre plus sûrement toutes les granulations, il faut découvrir le cul-de-sac supérieur avec une pince à enroulement ou l'exciser par la méthode de Galezowski.

Le Dr Malgat pense que l'électrolyse agit de 3 manières ; 1° par son action chimique sur les granulations ; 2° par son action antiseptique ; 3° par l'action du courant électrique lui-même comme modificateur puissant des tissus malades.

M. Chibret. Comme il y a vingt ans que je m'occupe de l'étiologie du trachome, je ne peux laisser passer le travail du Dr Malgat sans lui faire quelques critiques.

Il croit que la question hygiénique domine l'étiologie du trachome. Swan Burnett et moi avons démontré, il y a six ans à Berlin, qu'il y a avant tout une question de race. Depuis lors le professeur Hirschberg a fait le tour du monde et a observé qu'à Calcutta il y avait 20 p. 100 de trachome, à Bombay 10 p. 100, à Ceylan pas du tout. Il a voulu savoir pourquoi. Examinant l'origine des trachomateux à Calcutta, il a vu que ces malades étaient des *sémites* et non des *Indiens*. Il m'a même proposé de faire pour le prochain congrès la carte du globe au point de vue de la répartition du trachome.

Pour prouver à M. Malgat que le soleil, l'aération n'ont rien à faire dans la question, il me suffira de lui dire que les mineurs flamands, qui passent leur vie sous terre, n'ont pas le trachome, tandis que les tisseurs du même pays qui travaillent à la lumière du jour dans les ateliers bien ventilés fournissent de 20 à 30 p. 100 de trachomateux. Les Arabes qui vivent sous la tente, inondés de soleil, ont aussi le trachome. C'est que les Arabes sont des sémites, race particulièrement prédisposée au trachome, c'est que les mineurs sont des Celtes, les tisseurs des Germains.

Pour le traitement je ne puis que féliciter M. Malgat de l'heureuse idée qu'il a eue, en appliquant l'électrolyse à la cure du trachome. L'électrolyse a, en effet, une action antiseptique en dehors de son action destructive.

Etude des anomalies de l'équilibre oculaire. — M. Risley (de Chicago). Les deux groupes d'anomalies de l'équilibre oculaire sont 1° les anomalies congénitales du globe de l'œil ; 2° les anomalies de l'appareil musculaire. Je désire seulement appeler l'attention sur les cas dans lesquels la vision simple est conservée, grâce à la tension de l'œil qui souffre de l'anomalie. Dans la plupart de ces cas, la correction nécessaire pour remédier à l'insuffisance relative doit être pratiquée graduellement et progressivement de manière que le malade apprenne en même temps à converger. Dans l'insuffisance absolue, le seul remède consiste dans la ténotomie ou l'avancement musculaire.

Relations entre l'accommodation et la convergence. — M. Stevens (de New-York). 1° Lorsqu'il n'existe aucune relation essentielle entre l'accommodation et la convergence, la correction, lorsqu'elle existe, est occasionnelle et résulte de l'habitude d'associer les deux fonctions; 2° la proportion de cas de strabisme convergent associé avec l'hypermétropie et des strabismes divergents associés avec la myopie a été exagérée; 3° les cas de strabisme qui sont guéris par les verres sphériques positifs et négatifs sont les cas d'hypermétropie et d'hyperphorie et le soulagement obtenu par ces verres tient à ce que ces verres agissent comme des prismes à arêtes verticales; 4° mes observations m'ont porté à croire que les excès d'accommodation n'avaient pas d'influence directe sur la production du strabisme convergent.

Paralysie associée de l'élévation et de l'abaissement. — M. Sauvineau (de Paris). — Il existe un type clinique de paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement d'une part, des mouvements de convergence d'autre part avec intégrité des mouvements de latéralité.

Cette forme de paralysie, bien décrite par M. Parinaud dès 1883, peut débuter par un ictus, et semble persister indéfiniment à l'état stationnaire, sans aggravation ni diminution des phénomènes paralytiques.

Les lésions anatomiques, dans cette forme, siègent très vraisemblablement dans les centres coordinateurs supranucléaires (tubercules quadrijumeaux, substance grise sous-épendymaire), dont la lésion, comme nous l'avons établi en 1892, produit des paralysies des différents mouvements des yeux associés et conjugués, lesquelles, réunies sur le même sujet, constituent une variété d'ophthalmoplégie, l'ophthalmoplégie supra-nucléaire. Celle-ci, par conséquent, est toujours binoculaire.

La diplopie qui fait souvent défaut et qui, lorsqu'elle existe, n'offre rien de caractéristique, n'a qu'une importance secondaire dans ces formes de paralysies centrales.

Guérison opératoire de l'ophthalmoplégie tabétique persistante.—M. A. Chevallereau a observé deux malades tabétiques chez lesquels une paralysie du moteur oculaire commun persistait dans un cas depuis huit mois, dans l'autre depuis six mois et demi. Après avoir employé sans aucun succès le traitement médical, M. Chevallereau se décida chez le premier malade, paralysé des deux côtés et incapable de travailler, a sectionner le droit externe dans le but de ramener l'œil sur la ligne médiane. Après cette opération, la paralysie du moteur oculaire commun disparaît complètement. Chez la seconde malade M. Chevallereau constata que la paralysie disparaissait de même complètement, immédiatement après la section du droit externe. La guérison, obtenue depuis deux et un mois, persiste.

L'auteur n'a pas retrouvé dans la science de faits du même genre. Par analogie avec la théorie des nerfs d'arrêt et de l'inhibition nerveuse, il pense qu'en affaiblissant par la section le droit externe chez ces tabétiques il a fait cesser l'inhibition musculaire que ce muscle exerçait sur les muscles paralysés.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(22e Session tenue à Caen du 9 au 15 août).

(Suite.) (1).

Le danger des exercices sportifs dans la convalescence des maladies infectieuses. — M. L.-H. Petit (de Paris). Les accidents cardiaques s'observent souvent dans le cours des maladies infectieuses et correspondent à des lésions profondes du myocarde. Le repos est donc un moyen utile de mettre ces convalescents à même de guérir ces altérations ou tout au moins de les rendre tolérables. Des exercices sportifs trop précoces pourront être nuisibles en favorisant le développement de tels accidents.

Il cite les cas suivants : un enfant de 12 ans, convalescent de scarlatine avec endocardite, paraissait guéri de celle-ci. Il se livre durant trois mois à des sports violents et devient un mitral avec insuffisance.

Un autre enfant, relevant de variole bénigne, se livre à l'exercice de la bicyclette. Un mois après, signes d'insuffisance aortique, que le repos et les médicaments cardiaques parviennent à vaincre.

Un adulte convalescent de fièvre typhoïde se livre à de longues marches et à la bicyclette. Un jour, il accuse des palpitations de cœur, de l'essoufflement, une vive douleur précordiale et succombe.

D'autre part, on trouve des cypho-scolioses chez des enfants qui se livrent avec excès aux exercices physiques prolongés.

M. Petit ne demande point la prohibition de ces erreurs dans l'éducation des enfants. Il réclame une surveillance attentive au médecin avant de les autoriser pour les enfants convalescents des maladies infectieuses.

De l'influence des courses prolongées sur l'organisme. — M. Bergonié (de Bordeaux) a examiné le coureur Stéphane après une course de six cents kilomètres et étudié sur lui les réactions électriques du muscle et du nerf.

Il n'a point trouvé de modifications, ni dans l'excitation musculaire, ni dans les secousses contractives (tétanos du triceps fémoral), inscrites avec le myographe de Marey ou l'excitateur inscripteur de Mergier. La contraction musculaire reste donc absolument normale.

Toutefois, il y avait prédominance de l'excitation négative de fermeture sur l'excitation positive de fermeture.

Ces faits ont été confirmés par des recherches faites sur d'autres coureurs.

Les déchets organiques dans les exercices sportifs. — M. Tissié (de Bordeaux) a complété les recherches électrophysiologiques de M. Bergonié, en étudiant sur les mêmes sujets que lui la formule des déchets organiques.

La quantité d'urine avait diminué, sa densité avait augmenté, ainsi que l'urée et l'acide urique. L'acide phosphorique avait doublé en quantité, mais les chlorures avaient diminué d'un quart.

La toxicité des urines était devenue plus grande, immédiatement après la course; 2 centimètres cubes suffisaient pour tuer un animal d'épreuve. Mais cette augmentation de toxicité dura peu; le lendemain elle était normale.

(1) V. *France médicale*, n° 36, 1894.

L'entérite pseudo-membraneuse, sa forme cachectique. — M. Charrin croit cette affection souvent méconnue, en présence de malades atteints depuis longtemps, cachectiques d'apparence et qui en imposent par leur aspect pour des cancéreux avancés ou des tuberculeux. C'est une erreur.

D'ordinaire ces malades accusent depuis plusieurs années des coliques, de l'inappétence, par moment des fringales et des alternatives de diarrhée ou de constipation. L'examen des selles fait reconnaître des matières solides, analogues à des lavures de chou, des mucosités et des masses pseudo-membraneuses, moulées ou non.

Les douleurs viennent par crises, sont péri-ombilicales ressemblent à des tranchées, et précèdent ou accompagnent les évacuations. Rareté des vomissements et des nausées, langue humide, rouge sur les bords et sur la pointe, grisâtre au milieu.

Le ventre est déprimé, le corps amaigri. Il y a un bruit de glouglou que l'on met en évidence par la pression et la percussion abdominales. Le foie, dans la plupart des cas, augmente de volume. Enfin, sous l'influence du changement de régime, les aliments même les plus indigestes sont temporairement tolérés, puis, les accidents reparaissent avec leur intensité première.

M. Charrin a isolé dans quelques cas (2 sur 8) un *bacterium coli* à facultés aérobies très exagérées. L'antisepsie intestinale ne lui a guère donné de succès thérapeutiques. Il a obtenu de meilleurs effets par l'administration de l'acide lactique, de larges irrigations avec le nitrate d'argent et le régime.

M. Charrin admet qu'il s'agit dans ces cas d'une auto-intoxication par des fermentations exagérées du contenu du tube intestinal. De là un défaut d'élaboration des aliments, un défaut de nutrition, l'amaigrissement et cet état cachectique qui peut se prolonger durant de longues années, à moins de l'intervention intercurrente d'une maladie grave surajoutée.

De l'atrophie prostatique et de la castration dans l'hypertrophie prostatique. — M. Lannois (de Paris) a étudié les rapports intimes qui existent entre l'évolution de la prostate et celle des testicules. Il a retrouvé ces mêmes relations dans des vices de conformation et les atrophies testiculaires. Dans les vices de développement ou de migration des testicules, atrophie de la prostate dans la monorchidie, atrophie du lobe correspondant de la prostate dans la crytorchidie, atrophie de sa totalité. Bien plus, après l'atrophie musculaire post-orchitique, on constate une atrophie prostatique.

En étudiant les résultats de la castration double chirurgicale chez l'homme ou les animaux, on constate aussi cette atrophie double de la prostate et des vésicules séminales. De plus dans l'hypertrophie prostatique, la castration double diminue le volume de cette glande et amène son atrophie.

M. Lannois donne aussi, fort ingénieusement, et en se basant sur des faits anatomiques et physiologiques, une démonstration des effets curatifs de la castration contre la dysurie mécanique par hypertrophie prostatique.

Le psoriasis et son traitement par la médication de Brown Séquard. — M. Bouffé estime que le psoriasis est d'origine nerveuse, et a place, comme maladie éosinophilique, à côté des affections arthritiques. Il a constaté, d'ailleurs, avec

Goloch, une augmentation de ces cellules allant jusqu'à 16 et 17 p. 100 au lieu du chiffre normal de 5 à 7 p. 100.

Ces motifs l'ont amené à employer, comme modificateur du système nerveux des psoriasiques, les injections de liquide orchitique. Il en a obtenu de bons effets.

M. Hallopeau fait de sages réserves sur cette théorie tropho-névrotique. Elle n'est point démontrée, l'augmentation des cellules éosinophiles dans le sang est discutable, et les psoriasiques n'ont généralement point ni la physionomie clinique, ni les attributs des névropathes.

Il y a des psoriasiques arthritiques, mais on se demande si les arthropathies qu'ils portent sont des manifestations concomitantes de leur arthritisme ou des lésions infectieuses, ou bien des altérations locales d'origine réflexe? D'autres sont séborrhéiques et psoriasiques.

L'emploi des médications internes a donné des résultats divers. Haslund a recommandé l'iodure de potassium à hautes doses. M. Hallopeau a essayé par la voie sous cutanée les liquides orchitiques et les a depuis abandonnés, en raison des abcès que les injections provoquaient. A l'intérieur il a prescrit le liquide thyroïdien. Il a vu des psoriasis s'améliorer. D'autres ont été rebelles au traitement.

On a obtenu les mêmes résultats à l'étranger. Il faut donc admettre avec quelque scepticisme les succès annoncés et ne point oublier que, dans l'évolution spontanée de la maladie, on voit des rémissions se produire qui peuvent en imposer pour des guérisons.

Sur la présence d'alcaloïdes phlogogènes dans l'urine pendant une poussée de dermatite herpétiforme. — MM. Hallopeau et Tête. L'hypothèse qui rattache la dermatite herpétiforme à une intoxication d'origine autochtone, est de beaucoup la plus vraisemblable. L'analyse chimique peut donner à cet égard des résultats positifs quand elle porte sur l'urine émise dans le cours d'une poussée aiguë. Chez un de nos malades, l'examen de ce liquide, pratiqué suivant le procédé de Griffiths, a donné quelques centigrammes d'une substance blanche, cristallisée en aiguilles arborescentes, solubles dans l'eau, à réaction alcaline faible; elle donne un précipité blanc avec une solution de tannin; elle précipite par l'acide picrique et par les réactifs généraux des alcaloïdes.

Ce produit possède une action phlogogène des plus remarquables : deux cobayes en ont reçu chacun, avec les précautions antiseptiques, environ 15 milligrammes dissous dans de l'eau distillée bouillie; quatre jours après, chez l'un d'eux, un soulèvement bulleux s'est produit au niveau de l'inoculation; le lendemain, la bulle ouverte spontanément laissait à nu une ulcération mesurant environ un centimètre de diamètre; elle n'a été cicatrisée qu'au bout de quinze jours. Chez l'autre cobaye, la réaction a été moins vive, elle ne s'est traduite que par une induration du volume d'une petite aveline.

Nous ne pouvons tirer d'un seul fait des conclusions relatives à la pathogénie des dermatites herpétiformes, mais nous pouvons dire que si le dernier mot du problème appartient, comme il est très vraisemblable, à la chimie, les faits que nous venons d'énoncer permettent d'espérer qu'il n'est pas insoluble.

Pathogénie et traitement de la diphtérie. — M. Guelpa a recherché le bacille de Klebs dans la salive des diphtéritiques. Il y existe en très grande abondance, même quand il n'existe pas dans la fausse membrane, d'après M. Guelpa. La fausse membrane est une barrière qui empêche la résorption des toxines que le bacille de Klebs et le streptocoque, qui s'y associe si souvent, déversent dans la salive.

Il faudrait donc, d'après M. Guelpa :

1° Respecter la fausse membrane;

2° Pratiquer des lavages de la bouche par des solutions antiseptiques très diluées, agissant plus par action mécanique de l'irrigation que par leur pouvoir antiseptique.

Il a toujours vu, par ces moyens, les fausses membranes céder beaucoup plus vite qu'à l'ordinaire.

M. Hallopeau, président. Je ferai observer que les idées de M. Guelpa sont en contradiction avec toutes les données actuelles. On sait, en effet, que les bacilles sont très nombreux dans les fausses membranes; au contraire, ils peuvent subsister longtemps dans la salive ayant perdu toute virulence. Tous les auteurs compétents sont d'accord pour faire de l'enlèvement répété des fausses membranes la base même du traitement.

Névrite périphérique chez un échassier. — MM. Bergonié et Bordié (de Bordeaux) ont observé, chez un individu qui faisait métier des courses sur échasses et s'était entraîné d'une façon exagérée, une paralysie de l'extenseur propre du gros orteil et de l'extenseur commun des orteils du côté droit. Les muscles ne réagissaient plus sous le courant électrique. Il s'agissait évidemment d'une névrite périphérique produite par la compression du nerf sciatique poplité externe, entre le montant de l'échasse d'une part, la tête du péroné de l'autre à l'endroit où ce nerf passe sous cette tête du péroné. La paralysie a guéri après plusieurs séances électriques.

M. Hallopeau. J'ai observé un cas semblable de parésie des membres inférieurs chez un individu qui se servait fréquemment d'une machine à écrire. Son tabouret était mal placé et ses jambes se trouvaient comprimées entre la machine et le tabouret. La cessation de l'usage de la machine à écrire a amené la suppression de tout accident.

De l'ozone. — MM. D. Labbé et Oudin. On a considéré les inhalations prolongées d'ozone comme dangereuses. A très haute dose c'est vrai, mais nous avons pu faire respirer et respirer nous-mêmes des doses d'ozone bien supérieures aux quantités indiquées comme toxiques par les auteurs. C'est que nous nous servions d'ozone pur préparé par l'action de l'étincelle électrique sur l'oxygène.

Quant à l'action de l'ozone sur l'oxydation du sang, nous avons toujours constaté, par la méthode de M. Hénocque, l'augmentation de l'hémoglobine du sang et l'augmentation du pouvoir réducteur de l'hémoglobine chez les malades ayant respiré de l'ozone.

La numération des globules rouges et des globules blancs montre que les premiers augmentent alors que les seconds diminuent. Le poids des sujets augmente d'une façon constante.

Le pouvoir désinfectant de l'ozone pour les mauvaises odeurs de l'air est considérable. Quant à son pouvoir antiseptique et germicide, il a été très discuté.

Ces contradictions trouvent leur explication dans les faits suivants. L'ozone ne pénètre pas dans la gélatine et la gélose, qui se coagulent, au contraire, à son contact. Aussi ne stérilise-t-il pas les cultures sur ces milieux, mais il stérilise rapidement un tampon de ouate chargé de microbes, suspendu dans un milieu d'ozone, ou une carafe

au infectée dans laquelle on fait passer un courant d'ozone.

Traitement de l'insomnie. — M. Maurice de Fleury (de ris). Dans tous les cas où l'insomnie ne provient pas me douleur vive ou d'une irritation matérielle, directe meur ou méningite), portant sur l'écorce du cerveau, il impossible de substituer aux médicaments hypnotiques, s procédés de traitement dynamique à la fois efficaces et ns inconvénients.

L'étude de la pression artérielle, chez les malades atteints nsomnie, démontre que ce phénomène pathologique ncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit ec un état d'excessive hypotension.

Sans le secours des drogues, par l'emploi de simples océdés physiques, il est facile, dans la grande majorité s cas, de ramener la tension à la normale et, du même up, de rendre le sommeil.

Il est presque toujours utile d'ajouter, à ce traitement ysiologique, un traitement psychologique, une accoutuance au sommeil.

Chez les neurasthéniques — on sait à quel point l'insomnie est fréquente et pénible dans la maladie de Beard je ne prescris plus jamais de médicaments hypnotiques, même bénins. A l'aide d'injections de sérum ou de frictions èches, je me contente de mettre au point la tension de es malades, après quoi je leur fais prendre méthodiquement l'habitude du sommeil.

Ceux d'entre mes confrères qui voudront faire l'essai es moyens que je préconise seront, je crois, bientôt convaincus, comme moi, que le traitement de l'insomnie est du essort de l'hygiène guérissante et non plus de la thérapeutique guérissante.

De l'orchite pneumonique. — M. Prioleau (de Brive). Il 'agit d'un vieillard qui, quatre jours après une pneumonie, fit une orchite aiguë, suivie de suppuration. A l'ouverture de l'abcès un verre de pus. Le pus, recueilli aseptiquement, fit voir sur lamelles des diplocoques en faible quantité en partie décolorables par le Gramm. Sur bouillon ucune culture ; sur gélose culture en gouttelettes de osée. Mais les inoculations à la souris n'ont donné que les résultats négatifs. On ne saurait donc affirmer qu'il s'agit de pneumocoques ; mais c'est bien probable.

J'ajoute que le malade fit, quelques jours après, une seconde pneumonie, celle-ci mortelle.

Sur un moyen pratique d'exagérer le tremblement. — MM. Azoulay et Regnault. Le tremblement dans les différentes maladies nerveuses a été étudié au point de vue graphique, on a noté ses variations suivant que le membre est en repos ou en mouvement, son intensité, le nombre enfin des mouvements dans l'unité de temps.

Il nous paraît toutefois qu'il existe un point pourtant bien clinique et bien pratique qui a jusqu'à présent été laissé dans l'ombre. C'est le moyen pratique d'exagérer le tremblement de façon non seulement à le renforcer s'il est faible, mais même à le faire apparaître s'il est insensible. Le procédé est bien simple et consiste à faire exécuter un effort au malade.

Sans doute on sait que l'effort a pour effet d'exagérer le tremblement et on dit constamment aux alcooliques de faire le signe du serment en écartant les doigts pour voir si ceux-ci tremblent. Mais on n'a pas étudié d'une façon didactique l'influence de l'effort sur les diverses espèces de tremblement.

Nous nous sommes livrés à cette recherche. Nous avons pris de nombreux tracés de tremblement et à Laënnec et à la Salpêtrière dans le service et avec l'assentiment du regretté professeur Charcot. C'est le résultat de ces recherches que nous publions ici.

Examinons d'abord la sclérose en plaques, c'est une des maladies sur laquelle on a le mieux étudié le rôle du tremblement, qui, nul au repos, apparaît et s'exagère par le mouvement, mais encore l'effort en tant qu'il détermine une fatigue, provoque et exagère le tremblement.

Pour le prouver, nous avons pris des tracés dans les circonstances suivantes :

1° Le membre repose sans effort tenant le trembleur dans la main. A un moment donné on ordonne de serrer le trembleur, le tremblement apparaît ;

2° On fait maintenir le bras en extension, cette attitude forcée fatigue et produit un tremblement ;

3° Le bras étant en extension on dit de serrer le poing, le tremblement s'exagère. Il en est de même si on recommande de tendre la main.

Un fait en apparence contradictoire est le suivant. Si on dit à une sclérose en plaques de serrer son nez, elle tremblera moins que si elle maintient l'index en contact avec son nez. Mais l'action de serrer est en réalité moins fatigante, le malade ayant ainsi un point d'appui.

Un fait connexe consiste à faire toucher le nez avec l'auriculaire au lieu de l'index : le tremblement sera beaucoup exagéré. Ce doigt étant moins habitué à des actes précis, il y a un effort et une tension d'esprit plus grands de la part du malade.

4° Mais une des particularités les plus importantes est l'influence de la synergie sur le tremblement.

On sait combien a intéressé et intrigué les médecins le signe fourni par Jendrassik. Le réflexe rotulien est exagéré si on dit au sujet de se prendre les mains l'une dans l'autre et de les serrer très fortement. Ce signe est en réalité susceptible de généralisation et est en particulier applicable aux tremblements.

Si on étend d'abord un bras, puis le second, on voit le tremblement s'exagérer dans le premier, quand tous les deux sont étendus.

Si, un bras étendu, on dit de faire avec l'autre une série d'efforts successifs, à chaque effort du bras au repos correspondra une exagération du tremblement du bras étendu.

On voit l'importance de cette étude au point de vue pratique pour dépister le tremblement quand il est peu accentué. On ordonnera au malade d'étendre un bras et de faire effort avec l'autre ou de les étendre tous les deux avec effort.

Cette indication a d'autant plus d'importance que des tracés analogues peuvent être obtenus au moyen des mêmes procédés dans les tremblements alcoolique, hydrargyrique, hystérique, héréditaire, etc., etc.

Il est un tremblement qui, au premier abord, paraît faire exception à la loi générale : celui de la paralysie agitante. On dit couramment que le membre du paralytique agitant tremble au repos et que ce tremblement cesse dans le mouvement. Il suffit de l'étudier de près pour noter qu'en réalité il obéit à la loi générale, et que l'effort prolongé et la fatigue ont sur lui la même influence que sur la sclérose en plaques.

Si on prescrit à un paralytique agitant de lever son bras et de le tenir horizontal, le tremblement diminue, c'est vrai, au moment où le malade lève son bras ; le mouvement diminue donc le tremblement. Mais celui-ci augmente après quelques instants que le bras est maintenu en extension et le tremblement prend bientôt une amplitude plus grande qu'au repos. La fatigue exagère donc le tremblement et on est en droit de dire simplement que l'exagération n'y est pas immédiate. De même quand on abaisse le bras, le tremblement diminue graduellement pour reprendre au bout d'un certain temps.

Les mêmes expériences que plus haut produiront d'ailleurs les mêmes résultats.

Si le malade fait un effort au repos le tremblement augmente d'amplitude et est plus rapide. Cette modification ne se produit pas immédiatement.

L'action synergique n'est pas moins évidente.

Les tremblements prennent plus d'amplitude dans un des membres quand le membre opposé serre le dynamomètre. Mais de même cette exagération ne se produit qu'au bout d'un certain temps. Elle est précédée d'une diminution ; si on dit très vite au malade de cesser de serrer, on ne la percevra pas en certains cas.

Le cas d'une femme atteinte de paralysie agitante avec tremblement léger est particulièrement intéressant.

Le pied droit au repos ne tremble pas, il se met à trembler au bout de quelques instants quand la main gauche fait effort.

Si on dit à la malade de tenir le pied droit sur sa pointe, le tremblement se manifeste.

Il s'exagérera si l'on fait faire un effort quelconque à la main droite.

Le tremblement ne se révèle pas quand les membres supérieurs sont au repos. Or, ce tremblement se révèle quand la malade étend une main ou encore par synergie la main tremble quand elle fait effort de l'autre main.

Dans la paralysie agitante comme dans la sclérose en plaques, ces pratiques seront donc utiles pour dépister le tremblement dans les cas où il existe fruste ou très léger.

Ce genre de recherches pourrait prêter à d'autres considérations. Mais nous n'avons voulu insister ici que sur le point de vue pratique, nous bornant à signaler les autres conséquences qui pourront être développées dans des travaux ultérieurs.

Si on examine les tracés de tremblement de sclérose en plaques, on voit que l'augmentation du tremblement n'est pas exactement synchrone à l'effort, mais un peu postérieure. Ce fait est net dans l'effort synergique.

Le nombre des tremblements peut en quelques cas s'exagérer dans l'effort.

Dans un cas de paralysie agitante, le nombre des tremblements était plus grand pendant l'effort qu'au repos.

Traitement chirurgical de la coxalgie. — M. Bilhaut (de Paris). Dans la période de la coxalgie, il faut recourir à l'extension continue, appareil de Lannelongue ; même dans les cas douteux, on évitera le renversement du pied en dedans ou en dehors, à l'aide de coussins de sable placés à droite et à gauche du membre.

Dans la seconde période (*a*), il faut corriger la déviation et maintenir la réduction ; l'extension par les poids permettra souvent d'y arriver.

b) En cas d'échec on recourra au redressement sous le chloroforme, tout en s'efforçant de ménager la susceptibilité de l'articulation.

c) La fixation en bonne position sera assurée grâce à des appareils plâtrés renouvelés selon les besoins.

d) En cas d'abcès, il faut recourir au curettage et au besoin à la résection sous-périostée, qu'il y a tout intérêt à faire aussi précoce que possible.

Dans la troisième période, la réduction de la luxation étant illusoire s'il y a des abcès, il faut une intervention radicale : la résection large, sous-périostée, autant que possible, suivie d'abrasion des fongosités, d'enlèvement des séquestres est le seul procédé de choix. C'est à ce prix qu'on tarira les fistules, et qu'on préservera l'organisme des auto-inoculations d'autant plus redoutables que tout concourt à les favoriser (foyer d'infection, anorexie, conditions hygiéniques défectueuses.

Sur les grossesses prolongées. — M. Noury (de Caen). La plupart d'auteurs admettent la réalité des grossesses *physiologiques* prolongées au-delà du terme considéré comme normal. La plupart des accoucheurs se rangent à l'avis du professeur Tarnier, qui soutient que la grossesse prolongée est toujours l'indice d'un des trois états suivants : 1° rétention d'un fœtus mort *in utero* ; 2° tumeur utérine faisant obstacle à l'accouchement ; 3° grossesse extra-utérine.

L'auteur, après avoir défini la grossesse prolongée, qu'il a montré qu'elle peut présenter des degrés bien divers, passe en revue les objections des adversaires de sa théorie, il conclut que rien n'autorise à la rejeter *a priori*.

Après l'exposé des conditions qui constituent la grossesse prolongée au sens *physiologique* du mot, il cite cinq observations, dont trois personnelles, à l'appui de sa thèse. Puis il montre que les faits observés dans l'espèce humaine sont corroborés par l'observation des vétérinaires sur l'espèce bovine.

Il termine en appelant l'attention des accoucheurs sur cette question et formule les conclusions suivantes :

1° La grossesse prolongée *physiologique*, c'est-à-dire existant en dehors de tout état pathologique, de toute malformation maternelle ou fœtale, s'observe dans l'espèce humaine aussi bien que dans d'autres espèces animales ;

2° Il y a des degrés divers dans la grossesse prolongée ; il est impossible de les évaluer rigoureusement ;

3° En tout état de cause, les faits de cet ordre sont en concordance avec les dispositions du Code civil, justifient la prudence du législateur, lorsqu'il dit que « la légitimité des enfants nés trois cents jours après la dissolution du mariage *pourra* être contestée ».

Des capillaires sanguins et lymphatiques. — M. Nepveu (de Marseille). Déjà, aux Congrès de Grenoble (1885) et de Marseille, l'auteur a signalé les lésions des capillaires sanguins dans le cancer épithélial. Dans sa nouvelle communication M. Nepveu décrit tout d'abord les *lésions des capillaires dans la zone suspecte à grande distance* dans le cancer du sein. L'endothélium hypertrophié d'abord, puis hyperplasié, empêche les globules rouges de passer dans les capillaires ; la prolifération est telle, sur les petits vaisseaux, que la cavité vasculaire est remplie de cellules endothéliales. A cette hyperplasie de l'endothélium intravasculaire s'ajoute l'hyperplasie de l'endothélium péricapillaire, décrite par Éberth, de sorte que l'auteur distingue à bon droit l'une de l'autre ces deux formations sous le nom d'endothélium intra et péricapillaire.

autour des acini où la lésion cancéreuse commence, semble qu'on ait affaire à des altérations un peu différentes. Les capillaires sont d'aspect fragile, leurs cellules endothéliales semblent se dissocier les unes des autres. Elles sont légèrement hypertrophiées. Sur leur parcours, on observe de très petits amas nébuleux formés de fines granulations, reliés parfois par de fines chaînettes de même nature au capillaire lui-même.

Les altérations des capillaires et des espaces lymphatiques offrent deux points à étudier, dans le néoplasme et à distance. Les lésions analogues à celles des capillaires sanguins y offrent un grand intérêt. Il signale aussi la présence en certains points de nombreuses cellules mononucléées qui semblent être des leucocytes mononucléés à gros noyaux qui se transformeraient en cellules épithéliales.

Sur un cas de béribéri. — M. Nepveu pense que le béribéri est dû à un bacille spécial, le bacillus beribericus. L'inoculation a donné des résultats positifs qui rapprochent cette maladie des maladies infectieuses.

Cette maladie est une affection générale à type hydropique ou spinal suivant que le foie, le cœur ou la moelle épinière sont plus ou moins touchés.

Thérapeutique par les ferments figurés. — M. de Backer (de Paris). 1. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe une loi générale de microphagie.

2. La thérapeutique par les ferments figurés est basée sur une propriété beaucoup plus générale que celle des ferments figurés seuls : cette propriété s'étend aux conidies de la plupart des champignons.

3. Des expériences directes entreprises pour établir ce fait général ont été probantes.

4. Les cellules jeunes des champignons se laissent pénétrer par les microbes et entravent leur action pour y substituer leur action propre.

Recherches sur la pigmentation du sang et sur la pigmentation des exsudats. — M. Maragliano (de Gênes) résume le résultat de ses recherches sur les pigmentations du sérum du sang humain et des exsudats.

On observe une différence considérable dans la pigmentation du sérum humain suivant la méthode avec laquelle on le prépare. Si on l'obtient avec la méthode de la coagulation lente, on a un liquide suffisamment pigmenté ; la pigmentation est très faible si le sérum est séparé subitement en pratiquant la centrifugation avec l'appareil de Runne, de Bâle.

Le sérum préparé par la coagulation devient peu à peu foncé avec une tendance toujours plus accentuée au vert, surtout lorsqu'on le place dans l'étuve. Au contraire le sérum centrifugé ne change presque pas. Mais, si on ajoute à ce sérum quelques millimètres cubes de sang, il présente les mêmes variétés de pigmentation que l'autre sérum : il n'y a pourtant au spectroscope aucune trace d'hémoglobine.

Dans les maladies qui s'accompagnent d'une large destruction des globules rouges, scorbut, typhus, pneumonie, scarlatine, érysipèle..., le sérum est toujours fort pigmenté et devient même vert foncé après vingt-quatre heures, surtout si on le garde à l'étuve. Il faut se rappeler les recherches de l'auteur sur la propriété qu'a le sérum du sang humain de détruire même en pleine santé quelques-uns des globules rouges du même sang. Cette propriété s'accentue beaucoup dans les états morbides.

Le sérum de l'homme a même la propriété de transformer l'hémoglobine qui vient des globules détruits pourvu qu'elle ne soit pas en grande quantité. On peut voir *in vitro* le sérum modifier progressivement la pigmentation jusqu'au vert ; et même dans un sérum peu pigmenté on produira la série des pigmentations en y ajoutant des globules rouges. On est autorisé à penser que la source de la pigmentation du sérum est très probablement l'hémoglobine qui vient des globules qui s'y détruisent.

Les liquides des épanchements inflammatoires de la plèvre et du péritoine donnent les mêmes résultats que le sérum.

La pigmentation du sérum normal et pathologique et des exsudations provient de l'hémoglobine des globules rouges détruits.

Physiologie pathologique de la cicatrisation des brûlures. — M. Alp. Guérin. Les cicatrices vicieuses succèdent constamment aux brûlures. Quelles sont les conditions qui président à leur formation ?

La cicatrice a un aspect dénotant un état morbide, absolument semblable aux chéloïdes qui d'ailleurs s'y développent fréquemment. Il suffit de faire la comparaison avec ce qui se passe dans le règne végétal à la suite d'un incendie. Même quand la brûlure de l'arbre n'est que superficielle et n'atteint que l'écorce, l'arbre dépérit et meurt. En effet l'action de la brûlure s'étend au-delà des parties mortifiées. Les sucs de la plante ont été soumis à une chaleur intense. Les couches profondes sans être mortifiées ont donc subi une influence qui se manifeste par la longueur de la végétation.

Même fait quand une brûlure détruit une partie plus ou moins étendue de la peau, les éléments anatomiques sont atteints, bien qu'on puisse croire qu'ils sont indemnes, et ils sont assez fortement touchés pour qu'ils perdent la faculté d'engendrer une bonne cicatrice.

Kaposi a étudié les chéloïdes des brûlures, elles sont constituées de fibres longitudinales ou obliques au milieu desquelles existent des corps fusiformes.

Si, entre 50 et 60 degrés, la chaleur amène la coagulation du plasma et l'altération des vaisseaux, des températures bien inférieures suffisent pour altérer les tissus voisins de ceux détruits. De là provient la formation d'une cicatrice vicieuse. Les antiseptiques n'empêchent pas la cicatrisation vicieuse, tels l'acide phénique, le sublimé et tous les antiseptiques.

La compression élastique produisant l'ischémie des parties comprimées est le seul moyen d'enrayer l'inflammation sourde et profonde des bourgeons malades.

Velpeau et Bretonneau ont tenté la compression dans les trois premiers degrés de brûlure, mais ils ne l'exerçaient qu'avec des bandes. Aussi amenaient-ils des douleurs intolérables telles que la mort peut en être la conséquence. La compression élastique est parfaitement tolérée et est aussi douce que la compression directe (sans intermédiaire d'un tissu élastique) est intolérable.

Quand une cicatrice s'est opérée sous la compression élastique, elle est douée de la mollesse d'une peau normale.

(*A suivre.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

8e Congrès tenu à Budapest du 1er au 9 septembre 1894.

Suite (1)

—

Prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des Enfants assistés. — M. Hutinel. L'hospice des Enfants assistés a été, de 1875 à 1891, un foyer permanent d'une diphtérie qui présentait un caractère de malignité spéciale. Le plus grand nombre des enfants atteints succombaient et dans ces années un pour cent de la population hospitalière mourait de cette maladie.

En 1882, pour lutter contre la propagation de la diphtérie, on construisit un pavillon d'isolement; mais l'isolement seul fut incapable d'arrêter les progrès du mal. Il nous est facile maintenant d'expliquer cet échec.

1° Les enfants n'étaient conduits au pavillon qu'au moment où l'on découvrait les signes cliniques bien caractérisés de la diphtérie; depuis longtemps déjà ces enfants étaient contagieux;

2° Ces enfants quittaient le pavillon d'isolement après la disparition des fausses membranes, ils portaient encore très souvent le germe de la maladie sur leurs muqueuses et pouvaient le transmettre aux enfants sains;

3° Les linges n'étaient pas suffisamment désinfectés. L'installation et le bon fonctionnement d'une étuve à désinfection firent disparaître cette dernière cause de contagion, la mortalité diminua mais resta néanmoins considérable.

Il ne suffit pas, en effet, de protéger la population infantile contre les infections autochtones, il faut encore empêcher les infections venues du dehors de se répandre et de provoquer des épidémies successives.

Voici le résumé des moyens prophylactiques que nous avons appliqués et que nous recommandons :

Isolement. — Il faut isoler :

1° Les enfants atteints de diphtérie confirmée;

2° Les enfants qui, sans avoir de fausses membranes, ont dans leurs sécrétions bucco-pharyngiennes des bacilles de Klebs-Löffler virulents;

3° Les enfants suspects, tant que la nature de leur mal n'est pas déterminée;

4° Les convalescents, tant que les bacilles diphtériques subsistent dans les sécrétions buccales et pharyngiennes;

5° Les infirmiers et employés qui soignent les diphtéritiques. Ces employés ne doivent quitter le pavillon qu'après avoir pris des précautions antiseptiques minutieuses.

Désinfection. — Il faut désinfecter :

1° Les linges de corps ou de literie, les vêtements et tous les objets touchés par les malades; cette désinfection sera opérée par l'étuve à vapeur sous pression à une température (120°) et pendant un temps suffisants (20 minutes), ou bien par l'immersion prolongée dans l'eau bouillante;

2° Les lits et les salles occupés, même pendant très peu de temps, par les malades; celles-ci doivent être évacuées et remises à neuf fréquemment;

3° Il faut surveiller les salles d'autopsie.

Examen bactériologique. — Il faut examiner méthodiquement :

1° Toutes les angines suspectes, particulièrement dans les cas où il existe un exsudat;

2° Les sécrétions bucco-pharyngiennes des enfants qui ont été en contact avec un diphtérique et isolés comme suspects alors même qu'ils n'ont pas d'angine;

3° La pituitaire, les conjonctives, etc., quand ces muqueuses présentent un enduit suspect. Ces examens devront, dans certains cas, être répétés plusieurs fois.

Précautions hygiéniques. — Chez les enfants atteints d'angines légères mais suspectes et chez ceux qui ont été en contact avec les diphtériques, il suffit généralement de faire de larges irrigations de la bouche et du pharynx avec une solution très légèrement antiseptique comme l'eau borriquée, la solution de borate de soude, etc., pour empêcher l'implantation du bacille diphtérique et aussi pour diminuer la fréquence des infections secondaires.

Comme ces irrigations ne présentent ni danger ni inconvénients sérieux, il faut les prescrire aux enfants qu'on soupçonne d'avoir été en contact avec des diphtéritiques alors même qu'on ne peut pas avoir la démonstration absolue du fait.

Immunité et réceptivité vis-à-vis du choléra intestinal. — M. Metchnikoff, de Paris. Vous avez admiré hier les grands progrès réalisés dans la diphtérie et vous vous demandez peut-être pourquoi les recherches sur le choléra sont si peu avancées bien que la découverte de son bacille soit antérieure à celle du bacille diphtérique. La raison en est bien simple. Le bacille cholérique ne donne pas le choléra aux animaux, la péritonite cholérique est bien différente. Quand on empoisonne l'animal par l'opium, le bacille cholérique pullule, il est vrai, dans l'intestin, mais ce ne sont pas encore les symptômes du choléra.

Le doute n'est pas possible, le bacille de Koch est réellement la cause du choléra. On n'a pu arriver à ce résultat que par l'expérience sur l'homme; c'est en avalant le vibrion cholérique qu'on a obtenu des résultats positifs, mais il faut avouer que c'est bien difficile à souvent réaliser.

Ces mêmes expériences ont prouvé l'existence de propriétés remarquables de l'homme vis-à-vis de ce vibrion. M. Pettenkofer qui, après avoir avalé de fortes doses d'alcalins, a absorbé une grande quantité de vibrions, n'a éprouvé qu'une faible diarrhée. Moi-même j'ai avalé le vibrion en grandes quantités et je n'ai rien éprouvé malgré une série de cochonneries que je prenais en même temps. Par contre Pfeifer et Poulet, travaillant au laboratoire de Koch ont pris malgré eux le choléra. De même il existe un cas positif à l'Institut Pasteur. Il y a donc un facteur causal que nous ne connaissons pas, c'est l'absilon de Pettenkofer; il faut tenir compte des lieux et des temps. Les Versaillais, qui boivent une très mauvaise eau venue de la Seine et dans laquelle M. Sanarelli a en 1893 trouvé le microbe du choléra, n'ont jamais éprouvé d'épidémie.

En 1893 le vibrion pullulait dans les eaux et pourtant le choléra n'existait pas. Peut-être, comme dit M. Gruber, ce n'est pas le vibrion cholérique. Il n'existe qu'un moyen de le prouver, c'est de boire le vibrion. Cette expérience a été faite. Le bacille cholérique puisé à la fontaine de Versailles a donné le choléra; il existait donc dans cette ville, mais inoffensif pour les Versaillais.

On pensait autrefois que peut-être ces lieux présentent des conditions défavorables pour la pullulation des microbes cholériques. Ceci n'est donc plus possible à admettre.

(1) V. *France médicale*, n° 35, 1894.

elle est alors la cause de l'absence d'épidémie cholérique ? Chez l'homme cette immunité se réduit à quelques propriétés cellulaires inconnues. La neutralisation du suc strique ne suffit pas. M. Klemperer a cru que cette immunité dépendait des noyaux des cellules endothéliales. is comment expliquer que ces mêmes noyaux agissent trement à Paris et à Versailles. Cette explication ne tient s debout. Les rongeurs s'intoxiquent par injection dans le ritoine ; introduit dans le canal intestinal le vibrion ne onne pas le choléra.

Il était nécessaire d'étudier les détails de la flore microtienne de l'intestin pour arriver à se faire une idée du rôle es associations microbiennes dans la genèse du choléra. ette flore est une mer. J'ai semé des vibrions cholériques irulents dans des conditions défavorables sur mauvaise élatine ou encore j'ai semé de vieux microbes sur de bonne gélatine. *J'ai constaté que les vieux microbes cholériques ne poussaient pas sur la gélatine ; si alors on prend n autre microbe et qu'on raye la gélatine d'une strie, on voit e vibrion cholérique se développer sur la strie et à une petite distance d'elle.* Je peux semer ensemble les vibrions favorables ou défavorables. Une strie de ce dernier empêchera e développement malgré la présence du microbe favorable. Le fait le plus suggestif est que les microbes les plus favorisants sont des levures qui offrent une grande analogie avec les levures véritables et les sarcines. On sait combien celles-ci sont fréquentes dans l'estomac humain.

Les torulas et les sarcines que j'ai isolés de l'estomac humain favorisent le développement du microbe cholérique, d'autres au contraire le gênent. Ces recherches ont été chose comparativement facile. Il a fallu choisir des animaux dont la flore était pauvre, le lapin par exemple qui se nourrit de lait pendant quelques semaines. Prenons de jeunes lapins âgés de trois jours à trois semaines, et donnons leur des cultures de choléra, un certain nombre meurt, 50 pour 100 à peu près. Mais, pour que les jeunes lapins prennent sûrement le choléra, associez avec trois espèces de microbes : une sarcine, une torula, et une espèce de bacille qui produit un acide lactique droit et que j'ai trouvé chez un hypopeptique. On donne alors sûrement le choléra. L'alcalinisation du suc gastrique est superflue, le vibrion cholérique résiste très bien au suc gastrique acide. Voici ce qui se passe. L'animal, il est vrai, n'a ni vomissements, ni crampes ; mais il a une diarrhée absolument caractéristique de l'hypothermie progressive avec cyanose de la langue et du nez, non moins caractéristique. L'intestin grêle a les lésions du cholera humain « couleur rothenza » des Allemands (rose). Le cæcum est dilaté d'une façon énorme, et renferme un liquide qui ressemble absolument à celui de l'homme. M. Metchnikoff montre ces deux liquides par comparaison, ils sont absolument semblables.

Comme conclusion, ce n'est pas l'alcalinité de l'estomac qui est nécessaire, mais bien les microbes qui pullulent dans l'estomac humain.

Il en est de l'homme comme du lapin. Les sarcines et les torulas ne sont pas très répandus dans l'estomac humain. L'association de ces deux microbes est rare. Ainsi un travail de M. de Barye (Nancy, 1887) qui a étudié la flore microbienne de l'estomac de 17 individus n'a trouvé cette association que chez trois. Ces derniers seuls auraient pris le choléra si on avait donné le vibron aux 17 personnes.

Aussi, si malgré la présence du bacille de Koch nous vivons tranquilles, c'est parce que cette année la récolte des microbes favorables a été faible et celle des microbes défavorables abondante.

En se plaçant à ce point de vue que dans le choléra, maladie due à l'action spécifique du vibrion de Koch, les microbes favorisants et empêchants des organes digestifs jouent un rôle des plus importants, on pourra expliquer des faits d'épidémiologie qui semblaient être en désaccord avec la théorie du bacille virgule, et surtout l'influence du temps et des lieux, incontestable dans le développement des épidémies. Voici mes conclusions :

1. L'immunité locale, ce fait solidement établi dans l'épidémiologie du choléra, ne peut être expliquée par des conditions particulières, empêchant la vie du vibrion spécifique. Ce microbe peut se trouver en dehors de l'épidémie cholérique et dans des endroits parfaitement indemnes.

2. Il n'est pas possible d'admettre que l'immunité locale tienne à l'état de vaccination inconsciente et permanente des habitants.

3. Le sang des habitants des localités indemnes ne se distingue par aucune propriété particulière préventive vis-à-vis de l'infection cholérique.

4. L'ingestion de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch.

5. Le vibrion cholérique développé sur des milieux nutritifs avec d'autres microbes subit une grande influence de la part de ces derniers.

6. L'immunité des animaux contre le choléra intestinal est en grande partie due à l'influence empêchante de la flore du canal digestif sur le vibrion cholérique.

7. Tant que les jeunes lapins ne se nourrissent que de lait de leur mère, ils manifestent une grande sensibilité pour le vibrion cholérique. Il se développe chez eux un choléra intestinal, analogue à celui de l'homme. Ce choléra est facilité par l'action de certains microbes.

8. Les jeunes cobayes sont moins sensibles à l'ingestion du vibrion cholérique que les jeunes lapins. Aussi le choléra intestinal des jeunes cobayes est beaucoup moins typique que celui des jeunes lapins.

9. La vaccination des jeunes lapins par les cultures stérilisées ou vivantes du vibrion cholérique ne les protège pas contre le choléra intestinal.

10. La protection des jeunes lapins contre le choléra intestinal par le sérum des animaux vaccinés contre la péritonite cholérique est quelquefois efficace. Mais cette action est trop inconstante pour qu'on puisse se fier à elle. Le sérum du cheval normal ne peut pas être sûrement utilisé pour protéger les jeunes lapins contre le choléra intestinal.

11. Les tentatives pour empêcher le choléra à l'aide des microbes ont démontré qu'il existe des bactéries, dont la présence dans les voies digestives gêne l'action pathogène des vibrions. Ces expériences, non achevées, n'ont pas abouti jusqu'à présent à un résultat définitif.

12. Dans l'immunité et la réceptivité de l'homme et des animaux vis-à-vis du choléra intestinal, la flore microbienne du canal digestif joue un rôle important. S'appuyant sur ce fait, on peut facilement concilier la vérité fondamentale que le vibrion de Koch est l'agent spécifique du choléra, avec les données de l'épidémiologie, notamment avec l'influence des lieux et du temps sur la marche des épidémies cholériques.

De l'étiologie du cancer. — M. Simon Duplay, de Paris, rapporteur. Après la publication des premiers travaux relatifs aux coccidies du cancer, nous avons montré, avec MM. Cornil, Schütz, Ribbert, Unna, Borrel, Fabre-Domergue, etc., que les pseudo-parasites décrits n'étaient que des produits de dégénérescence cellulaire. M. Rüffer, au dernier congrès de Rome, a déclaré qu'il partageait notre opinion en ce qui concerne les coccidies de Wickham, de Korotnow, de Podirjssotski et d'autres observateurs. Actuellement on peut dire que nous restons seulement en présence des parasites décrits par MM. Foa, Jondakewitch, Ruffer, Walker et Plimmer.

En 1891, au congrès de Londres, nous avons insisté surtout, M. Cazin et moi, sur l'absence de formes de reproduction absolument indiscutables, dans la description des sporozoaires du cancer. MM. Foa, Jondakewitch, Ruffer et Plimmer ont, depuis, décrit des formes de reproduction. Malheureusement, il existe à ce point de vue, un désaccord absolu entre les auteurs que nous venons de citer, ce qui diminue singulièrement la valeur de leurs constatations. C'est ainsi que la reproduction des parasites du cancer se fait par *scissiparité* pour MM. Ruffer et Plimmer, et par *formation de spores* pour MM. Foa et Jondakewitch, et cela suivant un mode qui diffère entièrement suivant qu'on s'en rapporte à M. Foa ou à M. Jondakewitch. Ces auteurs ne sont pas plus d'accord sur le siège exact de leurs parasites, qui, d'après M. Foa, sont toujours *paranucléaires*, alors qu'ils sont parfois *intranucléaires* pour M. Jondakewitch et que, d'après MM. Ruffer et Plimmer, ils passent toujours par une période de développement *intranucléaire*. Dans ces conditions, la seule conclusion qui peut résulter d'une pareille confusion d'idées est que la démonstration de l'hypothèse parasitaire est loin d'être faite en faveur des sporozoaires.

La question des origines du cancer et celle de la contagion cancéreuse sont intimement liées l'une à l'autre ; aussi a-t-on fait, indépendamment des recherches microscopiques, de nombreux essais d'inoculation pour établir la possibilité de la transmission des tumeurs malignes.

MM. Duplay et Cazin ont démontré que le cancer n'était pas transmisstble de l'homme aux animaux, ni d'un individu d'une espèce animale quelconque à un individu d'une autre espèce, et ces résultats ont été confirmés par la plupart des expérimentations. Il n'existe actuellement, en effet, aucun fait indiscutable de transmission d'un cancer de l'homme aux animaux ou d'une espèce animale à une espèce différente.

Les essais de transmission d'un individu cancéreux d'une espèce animale à des individus de la même espèce se rattachent immédiatement à la question de la contagion interhumaine et doivent, par conséquent, être discutés plus longuement.

Aux quelques faits qui sont cités dans les auteurs comme des exemples de contagion interhumaine, il suffit d'opposer la disproportion colossale qui existe d'une façon si manifeste entre la fréquenee du cancer utérin et celle du cancer de la verge, et aussi la rareté des faits dans lesquels on a pu incriminer l'existence d'un cancer utérin pour expliquer le développement d'un cancer de la verge, puisque Demarquay, sur 134 cas de cancer du pénis, n'a signalé qu'une fois la coexistence d'un cancer de l'utérus chez la femme du malade. Aucun fait clinique n'autorise à considérer le cancer comme une affection contagieuse par inculation directe.

Parmi les faits expérimentaux il en est que l'on a souvent le tort de citer à l'appui de la doctrine de la contagion ce sont ceux dans lesquels on a transplanté avec succès sur un individu cancéreux, des fragments de son propre cancer, comme l'ont fait Hahn et le chirurgien anonyme dont M. Cornil a publié les expériences. Ces résultats ne nous ont, en effet, rien appris de nouveau, puisqu'on observe couramment en clinique la greffe cancéreuse spontanée chez les cancéreux. Ils ne font que confirmer la facilité de la transplantation du cancer dans les organismes atteints de cancer, facilité qui contraste d'une façon frappante avec les difficultés que rencontre cette transplatation lorsqu'on cherche à la réaliser d'un individu cancéreux un individu sain.

Chez les animaux, quelques rares succès ont été obtenus dans la tentative de greffes cancéreuses chez un individu sain, et l'on doit citer notamment un cas de Wehr, observé chez le chien, et les expériences de Hanau, faites chez le rat. En revanche, les insuccès sont innombrables, et, pour leur part, MM. Duplay et Cazin ont fait, chez le chien, plus de 60 expériences d'inoculation, suivies d'insuccès.

MM. Duplay et Cazin pensent donc que le cancer peut seulement être transmis à un individu sain, pour une même espèce animale, dans des conditions très exceptionnelles, parmi lesquelles la prédisposition héréditaire joue peut-être un rôle important. On n'est donc pas en droit de considérer les cancéreux comme des contagieux, d'une façon absolue, et d'ajouter ainsi une grave préoccupation morale aux souffrances des malheureux atteints de cancer.

En résumé, la question de l'étiologie des cancers est encoré à résoudre entièrement, et, pour ce qui a trait à la théorie parasitaire du cancer, il faut raconnaître que, malgré sa vraisemblance, elle est encore à l'état d'hypothèse.

M. Louis Török, de Budapest, expose les faits qui parlent contre la supposition suivant laquelle certains éléments du cancer, de l'épithéliome contagieux, de la psorospermose de Darier et de la maladie de Paget, seraient des parasites de l'ordre des protozoaires.

Lépithéliome contagieux est une affection contagieuse, mais les masses homogènes contenues dans les cellules épithéliales ne sont pas les porteurs de contagion. Les corpuscules contenus dans les cellules des couches plus profondes et qu'on accuse d'être des spores ne se développent pas ultérieurement pour former des individus distincts, mais elles coalescent et forment à la fin une masse homogène qui remplit toute la cellule épithéliale. Cela parle plutôt en faveur de la dégénérescence. D'ailleurs Kromayer de Halle, a démontré que ce sont les fibres épithéliales qui produisent par leur dégénération ces pseudospores. Les petits globules ainsi que les masses homogènes montrent une résistance extrême contre les agents chimiques, une résistance comme on la renconire dans la substance colloïde. Une résistance analogue se rencontre seulement dans l'état enkysté des sporozoaires, qui n'est nullement comparable aux corps en question, puisque ces derniers sont toujours dépourvus d'une membrane propre.

Enfin on n'a jamais réussi à voir aucun signe de vie, des mouvements, la pullation de ces corps, de sorte qu'on est forcé, pour le moment au moins, de les regarder comme des produits de la dégénération des cellules épineuses.

psorospermose de Darier. Il cite les observations de zi, Miethké, Caesar Boeck, etc., qui parlent contre la rie parasitaire. Il a vu des éléments fort analogues aux s ronds de Darier dans d'autres affections de la peau et quoique fort rarement — même dans la peau saine. éléments sont produits par une kératinisation anor- e.

a maladie de Paget. Les cellules à grand noyau hyper- omatique et à protoplasma clair sont des cellules épi- liales tranformées en cellules cancéreuses. Elles con- nent souvent des figures karyonestatiques géantes et ypolaires.

e cancer. Il fait la présentation de dessins pour dé- ntrer que les figures psorospermiformes du cancer ne t pas autre chose que des noyaux, nucléoles, cellules théliales ou migratrices, des cellules rouges du sang, bien les produits de la dégénération des susdits élé- nts morphologiques.

I. le Dr Jules Félix, de Bruxelles. La solution de l'im- tante question de l'étiologie et de la pathogénie des ections cancéreuses dépend de l'étude synthétique et de coordination des travaux de laboratoires et des décou- tes microbiologiques modernes, mis en rapports cons- ts avec les faits cliniques de l'observation des malades ns les milieux qu'ils occupent.

Les principales causes du cancer sont *l'irritation et le umatisme*, qui pour les cancers internes et les cavités ses ont pour principal agent *la diathèse urique*, le dépôt s cristaux d'acide urique dans les tissus et les glandes; ssi *l'herpétisme* a été considéré avec raison comme une édisposition aux affections cancéreuses.

La diathèse cancéreuse et l'hérédité n'ont plus *qu'un rôle iologique accessoire*, qui s'efface devant l'influence des tem- raments et des milieux, la pathogénie de la contagiosité i cancer.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ssociation entre un médecin et une marchande de remèdes secrets.

La Cour d'appel d'Alger vient de confirmer un juge- ment rendu par le tribunal correctionnel de cette ville t qui a été rendu dans les conditions suivantes.

Une femme Monnet vendait des remèdes secrets, elle vait été condamnée une première fois; espérant échapper à une deuxième condamnation, elle s'était associée à un Dr R...

Attendu, dit le tribunal, en ce qui regarde R... qu'il ne saurait dénier que son association avec la dame Monnet n'avait pour véritable objet que de couvrir de son nom et de son diplôme les actes de ladite dame; qu'abdiquant, en même temps que toute dignité pro- fessionnelle, toute direction dans le traitement, il ne figurait au prétendu « Institut sanitaire » ouvert par la dame Monnet que pour donner confiance aux malades dans l'emploi exclusif du remède secret exploité par son associée;

Qu'ainsi, aux termes d'une jurisprudence constante, il s'est rendu participant de la contravention commise par sa co-inculpée et a conjointement avec elle encouru les pénalités visées dans l'ordonnance de renvoi.

En vertu de ce principe, R..., ayant dans un certain cas prescrit l'usage de la pommade secrète de la dame Monnet, a été condamné, pour complicité d'exercice illégal, à 15 francs d'amende. La dame Monnet, récidiviste, en a eu pour 45 francs.

Mais ce n'est pas tout, un des malades soigné par la pommade, et atteint d'un cancer récidivant, reconnu inopérable par les médecins de l'hôpital, avait été opéré quand même par R..., assisté de la dame Monnet toute seule. On n'a pas de détails précis sur ce qu'a été cette opération, mais le jugement constate que l'enfant s'est réveillé péniblement du chloroforme, que la mort a été la suite de l'opération ainsi que R... le reconnaît; que très faible au premier pansement pratiqué avec la pommade secrète de la femme Monnet, le malade fut si faible au second qu'il a succombé après le départ précipité du médecin et de la femme son aide.

Malgré cette étrange attitude du médecin, les deux inculpés ont été renvoyés des fins de la plainte pour homicide par imprudence, bien que le tribunal ait reconnu le principe de la responsabilité possible des médecins en pareil cas.

Attendu que le principe de la responsabilité des docteurs en médecine ne saurait plus être aujourd'hui contesté; qu'une doctrine et une jurisprudence certaines les soumettent à l'application du principe général formulé dans l'article 1382 Code procédure civile et des sanctions répressives édictées par la loi pénale;

Attendu que cette responsabilité subit toutefois une restriction légitime, à raison de la présomption de capacité conférée au docteur par son diplôme, obtenu après les épreuves réglementaires;

Que les tribunaux et les auteurs sont d'accord pour s'interdire la discussion de toute opération, de tout procédé, en un mot de tout acte chimique qui, bien qu'ayant pu occasionner la mort ou des blessures, ne saurait être apprécié avec compétence que par les hommes de l'art et ne constituerait pas, à leur avis, une faute lourde, une suite manifeste de l'imprudence et de l'ignorance du médecin.

NOUVELLES

L'affaire du Dr Lafitte. — La Cour de Cassation, dans sa séance du 13 septembre, a rejeté le pouvoir du Dr Lafitte et a refusé de casser l'arrêt de la Cour d'assises de Seine-et-Oise, malgré un vice de forme très net, malgré la violation formelle de la loi, malgré l'avis de M. l'avocat général Melcot, malgré une excellente plaidoirie de M. Gauthier de Clagny. C'en est fait et malgré une innocence que personne n'ose sérieusement contester, notre infortuné confrère est condamné à cinq ans de prison.

Cet homme a toujours été d'une honorabilité parfaite, il a fait dans bien des circonstances plus que son devoir; il est absolument digne de sympathie et d'intérêt, non seulement à cause de toute une vie sans reproche, mais parce qu'il est l'unique soutien de sa vieille mère et de ses cinq enfants, et cependant son honneur est compromis, sa pauvre et chère famille est vouée à une affreuse misère, tout cela parce que les gens chargés de le juger depuis le premier magistrat jusqu'au dernier juré, étaient absolument incompétents et n'ont rien compris à son affaire. Enfin, pour le moment il ne servirait à rien de récriminer, bien au contraire. Il faut aujourd'hui que le Corps médical tout entier réclame du Président de la République la grâce de notre confrère. Nous comptons sur le groupe médical parlementaire, mais surtout nous engageons vivement nos confrères à signer le recours en grâce que l'Association de la Presse médicale (par l'entremise du Dr Cezilly, dont la conduite a été dans toute cette affaire au-dessus de tout éloge) fait envoyer et dont voici la reproduction.

« Monsieur le Président de la République,

« Le soussigné X..., prend la respectueuse liberté de solliciter la grâce de M. le Docteur Lafitte, condamné à trois ans de prison par la Cour d'assises de Seine-et-Oise.

« Sans parler de la parfaite honorabilité du condamné, de l'invraisemblance de l'accusation, il n'hésite pas à affirmer qu'après avoir pris connaissance complète des charges relevées contre le Docteur Lafitte, après avoir scrupuleusement examiné les rapports des Médecins légistes, il a acquis la conviction absolue qu'au point de vue médical l'accusation d'avortement est insoutenable et que le Docteur Lafitte est victime d'une évidente erreur judiciaire.

« Confiant dans votre haute équité, il s'adresse à vous, Monsieur le Président de la République, pour faire rendre la liberté à un homme que tout le corps médical considère comme un innocent. »

Obtenons d'abord la grâce, quant à la réhabilitation, le Docteur Lafitte la trouvera immédiatement dans le cœur de tous nos confrères.

A. Ch

Distinctions honorifiques. — Le sultan vient d'accorder les décorations suivantes. Sont nommés :

Grands-officiers du Medjidié : MM. Monod, directeur de l'Assistance publque; Dr Grancher, professeur à la Faculté de médecine; Dr Roux, directeur du laboratoire de bactériologie à l'Institut Pasteur; Dr Pozzi.

Commandeur du Medjidié : Dr Martin, directeur des assainissements de la ville de Paris.

Officier du Medjidié : M. Giraud, secrétaire de la direction de l'Assistance publique.

Ecole de Médecine de Reims. — Le Dr Hache est nommé professeur d'histologie (nouvelle chaire).

Mission. — Le ministre de l'Intérieur a confié à M. le Dr Ledé, secrétaire rapporteur au comité supérieur des enfants du premier âge, la mission d'étudier l'organisation et le fonctionnement des bureaux de nourrices, spécialement à Paris.

Collège de France (*Ecole des Hautes Etudes*). — M. le Dr Lamy est nommé préparateur du laboratoire de physiologie pathologique.

Les médecins de la Cie P.-L.-M. ont eu dimanche dernier, 16 septembre, leur réunion annuelle à Aix-les-Bains, sous la présidence de M. A. Blum, médecin en chef de la Cie. Cette réunion est la plus nombreuse qu'il y ait encore eu : 170 médecins étaient présents. Des excursions au mont Revard et sur le lac du Bourget avaient été organisées avec les soins du Dr Brachet, d'Aix; le cercle d'Aix-les-Bains nous ouvrait largement ses portes, et les hôteliers ont bien fait les choses. Il nous est encore plus agréable de constater que, malgré d'assez grosses sommes données à des confrères malheureux et à des veuves de confrères, l'avoir de la Société de secours mutuels des médecins de la Cie P.-L.-M. dépasse actuellement 110.000 fr.

Les femmes-médecins. — D'après une statistique publiée par le *Journal des Débats*, il existe dans le Nouveau-Monde plus de 2.000 femmes exerçant la médecine. Sur ce nombre, 130 ont adopté les doctrines homéopathiques; 70 d'entre elles sont médecins ou chirurgiens des hôpitaux; 95 professeurs dans les écoles médicales; 610 se sont vouées à l'étude spéciale des maladies féminines; 70 sont des aliénistes; 65, des orthopédistes; 40, des oculistes; enfin 30, des électro-thérapeutistes.

Le Canada ne possède qu'une seule École de médecine qui soit exclusivement réservée à l'éducation scientifique des femmes, mais les Etats-Unis en ont dix, dont une est un établissement homéopathique.

La vieille Europe est bien dépassée. En France, spécialement, la profession médicale n'exerce encore qu'un attrait médiocre sur la jeunesse féminine. Au commencement de la présente année scolaire, la Faculté de médecine de Paris ne comptait que 16 étudiantes françaises sur 165 inscriptions. Par contre, 16 inscriptions féminines à la Faculté des lettres, il y en avait 141 françaises, plus 7 à la Faculté des sciences et 3 à celle du droit.

Nécrologie. — Le Dr Mouvenoux, père, de Montluel (Ain), ancien médecin de la Cie P.-L.-M, reçu en 1840, décédé le 14 septembre. — M. Gardet, médecin de la Cie P.-L.-M., à Aspres-sur-Buech (Hautes-Alpes), décédé le 9 septembre.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

L'EAU PURGATIVE de VICHY ou VICHY-PURGATIF est le purgatif le plus doux et le plus sûr qu'on puisse trouver.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5. 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*